

C 176

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

COLOSTOMIAS:

ESTUDO DE 100 CASOS*

FERNANDO GAYER GUBERT**
TELISMAR ANTONIO GEWEHR**

* TRABALHO REALIZADO NO INTERNATO HOSPITALAR [12ª FASE] DO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

** DOUTORANDOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVER-
SIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1988

Agradecemos a orientação do Prof. Dr. Armando J. d'Acampora

SUMÁRIO

I- RESUMO.....	4
II- INTRODUÇÃO.....	5
III- CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	6
IV- RESULTADOS.....	7
V- DISCUSSÃO.....	15
VI- CONCLUSÕES.....	19
VII- ABSTRACT.....	20
VIII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
IX- ANEXO.....	23

I- RESUMO

São analisados 100 casos de colostomias realizadas no Hospital Florianópolis - INAMPS e Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período compreendido entre 1979 a 1988, na cidade de Florianópolis - SC.

A obtenção dos dados seguiu a um protocolo definido que abrange a matéria de uma forma global.

Várias doenças motivaram a realização de uma colostomia. As indicações principais foram perfuração colo-retal e obstrução intestinal.

A taxa de morbidade foi de 27% e a de mortalidade 15%. Das complicações, dermatite periclostômica, prolapso e abscesso periclostômico foram as principais.

A taxa de complicações após o fechamento foi de 20%.

Os autores estudam o assunto comparando seus resultados com a literatura existente.

II- INTRODUÇÃO

A colostomia, importante procedimento cirúrgico, é a comunicação do colo através da parede abdominal com o exterior^{4,9}. Possui basicamente as funções de descomprimir e desfuncionalizar o intestino grosso^{7,12}, sendo esta última com a intenção de proteger o colo distal de processos inflamatórios, traumáticos, suturas e anastomoses^{3,5,6,8,9,12,14}.

A abertura do intestino grosso com a finalidade de aliviar processos obstrutivos foi proposta por Littre, cirurgião francês, em 1710. Porém, a primeira colostomia data de 1793 e foi realizada por Duret em uma criança com apenas 3 dias de vida que apresentava imperfuração anal e mal formação genital. Este paciente veio a falecer 43 anos mais tarde.

Da Iª para a IIª grande guerra mundial, houve uma queda da taxa de mortalidade por traumatismo ano-reto-cólico de aproximadamente 30%, pois no segundo confronto foi largamente utilizado o tratamento das Lesões do intestino grosso associado a uma colostomia proximal, sendo tal conduta reconhecida como o maior avanço da cirurgia do colo neste período^{9,11}.

Nos últimos anos, vários trabalhos foram publicados mostrando avanços neste tipo de procedimento com resultados cada vez mais animadores. Apesar de todos os conhecimentos sobre técnicas de confecção, de fechamento e cuidados que as colostomias requerem, a incidência de complicações é variável entre os autores. Estas complicações podem influenciar na evolução do paciente colostomizado, as quais podem ocorrer desde o momento de sua realização até após seu fechamento⁴.

O presente trabalho tem por objetivo analisar o assunto desde as indicações de uma colostomia, suas complicações e seu fechamento, em nosso meio, comparando os resultados com a literatura pertinente.

III- CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram revisados retrospectivamente prontuários médicos de 149 pacientes colostomizados, internados nas enfermarias cirúrgicas do Hospital Florianópolis - INAMPS e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de novembro de 1979 até junho de 1988. Destes, foram utilizados 100 prontuários que atendiam o protocolo proposto [anexo].

Foram considerados os seguintes parâmetros: sexo, idade, doença básica, indicação, característica da cirurgia, preparo do colo, tipo de colostomia, segmento do colo exteriorizado, drenagem da cavidade abdominal, período compreendido entre a realização da colostomia e seu fechamento, complicações, óbitos e fechamento.

IV- RESULTADOS

Dos 100 pacientes estudados, 70% eram do sexo masculino e 30% do sexo feminino. A idade mínima foi de 13 anos e a máxima de 93 anos, com uma média de 44 anos. A distribuição da faixa etária pode ser vista na tabela I.

TABELA I: Distribuição dos casos segundo a faixa etária
Florianópolis, 1988

IDADE [ANOS]	Nº	%
10— 20	15	15
20— 30	17	17
30— 40	17	17
40— 50	11	11
50— 60	15	15
60— 70	15	15
70— 80	8	8
80— 90	1	1
90— 100	1	1
TOTAL	100	100

Das doenças básicas, a que mais ocorreu foi adenocarcinoma de reto sigmóide com 28 pacientes, seguida pelo abdome agudo [a.a.] perfurativo por ferimento penetrante com 22 pacientes, sendo que destes, 12 eram por projétil de arma de fogo e 10 por arma branca. De 12 pacientes com a.a. inflamatório, a doença predominante foi doença diverticular do colo com diverticulite [7], além de apendicite aguda [2], doença de Cronh [2], e leiomioma de intestino delgado abscedido [1]. Em 8 situações, a causa desencadeante foi a.a. perfu-

rativo por contusão abdominal. Abdomem agudo obstrutivo não neoplásico em 8 casos e destes principalmente por volvo de sigmóide [5], acompanhado de hérnia umbelical encarcerada, trombose mesentérica e estenose actínica do reto, cada uma com um caso. Em menor número, um tumor envolvendo reto-sigmóide foi responsável por 5 casos (adenocarcinoma de próstata, adenocarcinoma de colo uterino, endometriose, tumor ovariano e carcinoma indiferenciado). Também pouco comum, aparece nesta relação 5 casos de lesão cirúrgica iatrogênica e 5 fístulas estercorais (2 após colorrafia, uma após apendicectomia, fístula sigmóide-vaginal e fístula tumor abdominal sigmóide). Adenocarcinoma de colo descendente e ferimento penetrante por empalamento aparecem com 3 casos cada. Por último, um caso de ferimento perineal por arma branca (Tabela II).

TABELA II: Distribuição segundo a doença básica
Florianópolis, 1988

DOENÇA BÁSICA	Nº	%
Adenocarcinoma de reto-sigmóide	28	28
Abdomem agudo perfurativo (ferimento penetrante)	22	22
Abdomem agudo inflamatório	12	12
Abdomem agudo perfurativo (contusão abdominal)	8	8
Abdomem agudo obstrutivo não neoplásico	8	8
Tumor envolvendo reto-sigmóide	5	5
Lesão cirúrgica iatrogênica	5	5
Fístula estercoral	5	5
Adenocarcinoma de colo descendente	3	3
Ferimento penetrante por empalamento	3	3
Ferimento por arma branca em períneo	1	1
TOTAL	100	100

Como indicação formal para a confecção de uma colostomia, predominou a perfuração colo-retal em 45 casos, englobando os 30 casos de a.a. perfurativo (ferimento penetrante e contusão abdominal), as lesões cirúrgicas iatrogênicas, os ferimentos por empalamento, 3 casos de doença diverticular do colo com diverticulite, uma apendicite aguda no qual ocorreu perfuração do ceco, a lesão perineal por arma branca e somente 2 casos de adenocarcinoma de reto-sigmóide. Obstrução intestinal foi indicação em 38 pacientes: 20 por adenocarcinoma de reto-sigmóide, os tumores envolvendo o colo [5], todos os casos de a.a. obstrutivo não neoplásico, adenocarcinoma de colo descendente [3] e doença de Crohn [2]. Indicação menos frequente foram curas cirúrgicas de adenocarcinoma de reto, de fístula estercoral e de doença diverticular, além de necrose do colo (apendicite aguda e leiomioma de intestino delgado abscedido). Houve uma indicação de refazer nova derivação fecal em um paciente colostomizado que apresentou prolapso importante do estoma (Tabela III).

TABELA III: Distribuição segundo a indicação
Florianópolis, 1988

INDICAÇÃO	Nº	%
Perfuração colo-retal	45	45
Obstrução intestinal	38	38
Cura cirúrgica de adenocarcinoma de reto	5	5
Cura cirúrgica de fístula estercoral	5	5
Cura cirúrgica de doença diverticular do colo	4	4
Necrose do colo	2	2
Prolapso de colostomia anteriormente realizada	1	1
TOTAL	100	100

Houve um predomínio de cirurgia em caráter de urgência (74%), Nas eletivas (26%), em um prontuário não relatava se foi realizado ou não preparo de colo.

Das 25 cirurgias eletivas no qual o colo foi submetido a preparo pré-operatório, usou-se antibiótico associado ao preparo mecânico em quase metade dos casos. Dos antibióticos usados, kanamicina via oral, 1 gramo de 6 em 6 horas, por 2 a 3 dias em média, predominou na casuística. Também notamos o emprego de metronidazol e gentamicina com o mesmo objetivo.

Em relação ao tipo de colostomia realizada, em 63% se exteriorizou o colo em alça, com abertura terminal e em dupla boca em menor número (Tabela IV).

TABELA IV: Distribuição segundo o tipo de colostomia
Florianópolis, 1988

TIPO DE COLOSTOMIA	Nº	%
Em alça	63	63
Terminal	29	29
Dupla boca	8	8
TOTAL	100	100

Das 63 colostomias em alça, na grande maioria (95,2%) preferiu-se exteriorizar o colo com maturação precoce.

Na tabela V pode ser vista a relação dos segmentos do colo usados para a derivação intestinal, notando um predomínio do colo transverso.

TABELA V: Distribuição segundo o segmento do colo exteriorizado
Florianópolis, 1988

SEGMENTO	Nº	%
Transverso	50	50
Sigmóide	38	38
Ceco	7	7
Colo descendente	3	3
Colo ascendente	2	2
TOTAL	100	100

Drenou-se a cavidade abdominal em 81 dos 100 pacientes, com preferência absoluta pelo dreno laminar.

Das 100 colostomias, 72 foram confeccionadas com a intenção de serem temporárias até a resolução do problema básico. As restantes (28), foram feitas em caráter permanente.

Somente das 72 colostomias temporárias tiveram um seguimento completo até o seu fechamento. A idade destes pacientes variou de 13 a 78 anos, com prevalência da 2ª à 4ª década da vida. Os outros pacientes ou foram a óbito (15) ou transferidos (7).

O tempo que o paciente colostomizado portou sua colostomia temporária, pode ser visto na tabela VI.

Complicações referentes as colostomias aconteceram em 27 dos 100 pacientes (27%). Alguns destes pacientes sofreram mais de uma complicação. Dermatite periclostômica, prolapso e abscesso periclostômico sobressaem na relação das complicações observadas. Não ocorreu caso de estenose (Tabela VII).

TABELA VI: Tempo de duração das colostomias temporárias
Florianópolis, 1988

TEMPO (MÊS)	Nº	%
0— 1	2	4
1— 2	15	30
2— 3	10	20
3— 4	11	22
4— 5	3	6
5— 6	1	2
6— 7	2	4
7— 8	0	0
8— 9	1	2
9— 10	2	4
10—	3	6
TOTAL	50	100

TABELA VII: Distribuição segundo as complicações

Florianópolis, 1988

COMPLICAÇÕES	Nº	%
Dermatite periclostômica	9	29,0
Prolapso	6	19,4
Abscesso periclostômico	6	19,4
Necrose do bordo	3	9,7
Deiscência da colostomia	3	9,7
Hérnia periclostômica	2	6,4
Sangramento da alça exteriorizada	1	3,2
Diarréia	1	3,2
TOTAL	31	100

Em 16 pacientes (16%) notou-se infecção da incisão cirúrgica.

A taxa de mortalidade nesta casuística foi de 15%, onde nenhum dos óbitos foi relacionado à colostomia em si. As causas foram choque séptico em 12 pacientes, metástases tumorais em 2 e um caso de embolia pulmonar. A maioria destes doentes encontravam-se entre a 6ª à 8ª década de vida.

No preparo do colo para o fechamento (50 casos), o antibiótico associado ao preparo mecânico foi utilizado em 41 pacientes e, em 9 somente o processo mecânico. Novamente, uma preferência para a kanamicina via oral, em média 3 a 4 dias. Metronidazol e gentamicina foram pouco utilizados.

Para o fechamento, optou-se em 60% dos casos, a técnica em 2 planos, e os fios cirúrgicos mais empregados para tal foram: ponto total com catgut cromado ou simples e ponto sero-mucoso com seda. Quando da téc-

nica em um plano preferiu-se sêda e ácido poliglicólico.

Drenagem do sub cutâneo: realizado em 29 pacientes (58%); Não em 21 (42%).

Como complicação após o fechamento das colostomias aparecem a infecção da incisão cirúrgica [6] e fístula estercoral [4]. Portanto, o índice de complicação após reestabelecer o trânsito intestinal foi de 20%.

V- DISCUSSÃO

As causas que necessitam uma colostomia são várias. Em nosso estudo predominaram adenocarcinoma de reto-sigmóide e abdome agudo por ferimento penetrante. Alguns trabalhos publicados estão de acordo com nosso achado^{2,5,9,13}. O ferimento penetrante por arma de fogo predominou em relação a arma branca como vemos na literatura^{2,5,9,13}. Doença diverticular do colo com diverticulite aparece como importante causa para a execução de uma colostomia. Apendicite aguda necessitando a derivação intestinal é fato incomum. Em 2 pacientes com apendicite aguda, uma colostomia foi necessária pois houve perfuração do ceco e no outro caso por haver necrose pericecal como também publicaram Lima & Almeida⁹. A contusão abdominal geralmente causa danos em vísceras compactas do abdome, mas sabemos da possibilidade de lesar estruturas ocas. Assim é, que em 8% do total das colostomias realizadas foram por trauma abdominal fechado com lesão do colo. Importante também é a ocorrência de desvitalização de alça intestinal por volvo de sigmóide e hérnia encarcerada, incluídas em nosso estudo. Por vezes uma colostomia é requerida para a descompressão do colo envolvido por um tumor não primitivo do intestino grosso⁴. Assim nós tivemos relacionados 5 casos. Fístula estercoral e empalamento são causas relativamente comuns em alguns trabalhos publicados. Chama a atenção que em nosso estudo esteve presente causas não relacionadas na literatura como lesão cirúrgica iatrogênica, estenose actínica do reto e leiomioma de intestino delgado abscedido.

Ao se relacionar as indicações para uma colostomia pode-se ter em mente as duas funções básicas das mesmas: descomprimir e desfuncionalizar o colo^{3,5,6,7,8,9,12,14}. Assim o foi também em nossa análise visto que perfuração colo-retal necessitando desvio do trânsito fecal pa-

ra o tratamento e descompressão colônica perfizeram 83% das indicações. Livrar o paciente de sua doença básica (ressecção), por vezes é uma tentativa a ser feita^{5,8,10}. Em 14 casos foi esta a intenção: Curar cirurgicamente adenocarcinoma de reto, fístula estercoral e doença diverticular do colo.

Toda vez que na cirurgia abdominal o colo está comprometido e/ou será manuseado deve-se fazer o seu preparo devido as complicações infecciosas que decorrem de sua flora contaminante, principalmente por E. coli e anaeróbios^{12,14}. Para tal usa-se o preparo mecânico e antibiótico. Em 3/4 dos casos analisados não foi possível tal conduta visto que foram em situações de urgência. Quando do uso de antibiótico associado ao preparo mecânico, preferiu-se a kanamicina. Consultando a literatura, vemos que este antibiótico não atinge as bactérias anaeróbicas¹².

Em 63% dos casos a colostomia em alça foi utilizada (Tabela V). Há trabalhos interessantes que demonstram a efetividade da colostomia em alça tanto para descomprimir como desfuncionalizar o colo, além de ser facilmente realizada em relação aos outros tipos, servindo até para colostomias permanentes^{3,5,7,11}.

Comparados a outros estudos, também aqui usou-se na maioria, o segmento transversal para a abertura do colo na parede abdominal (Tabela VI).

A drenagem da cavidade abdominal nas cirurgias do colo deve ser considerado a cada caso em particular e não ser dogmático quando se trata de drenar ou não drenar¹. Penrose é o mais comum e consagrado tipo de dreno utilizado nestas situações, como o foi em nosso levantamento.

Em quase 1/3 dos casos a colostomia foi realizada em caráter de permanência. Isto explica-se pelo grande número de pacientes com doenças na qual a colostomia foi só uma conduta paliativa, sem retirar a causa base.

Concordamos quando se diz que o tempo para uma colostomia

temporária ser fechada depende da resolução do problema que motivou sua realização⁵. Para nós, este tempo variou, em 72% dos casos, de 30 a 120 dias, decorrentes de etiologias variadas. Em 3 casos o fechamento ocorreu após 10 meses da primeira cirurgia.

Autores diferentes demonstram índice de complicações variáveis (14,3% a 60%)^{4,9}. Em nossa casuística este número foi de 27% num grupo de pacientes com etiologias, idades e condições diversas. Na tabela VII vemos a distribuição destas complicações que praticamente estão de acordo com a literatura estudada. Sem dúvida, a dermatite periclostômica é um problema importante e mais frequente dos pacientes colostomizados¹⁵. Como em outros trabalhos o prolapso de alça exteriorizada e abscesso periclostômico entram na lista das principais complicações e, felizmente a maioria não repercute no quadro geral do paciente⁴.

A infecção da incisão cirúrgica foi de 16% e dependeu na maioria da doença básica.

O índice de mortalidade apresentado (15%) não se relacionou diretamente à colostomia. Na maioria, os óbitos ocorreram em pacientes idosos com sua doença em estágio avançado. Há casos publicados incriminando a colostomia como causa de óbito⁴.

O fechamento da colostomia, apesar de ser um tempo menor na cirurgia do colo, acarreta índice de complicações que variam de 9,6% a 49,1%^{2,9}. Em 1987, Gosain & col. desenvolveram um novo método para o fechamento sem necessitar uma abertura da cavidade abdominal⁶. Em todos os casos que se estudou a reconstituição do trânsito, foi utilizado ou laparotomia ou o local onde a colostomia foi realizada.

Também para o preparo do colo na intenção de seu fechamento, a maioria dos cirurgiões usaram a kanamicina via oral e em alguns casos acrescentou-se antibiótico visando os microorganismos anaeróbicos (metronidazol).

Não encontramos dados suficientes na literatura consultada em

relação a preferência dos fios cirúrgicos utilizados no fechamento, notando uma padronização em nossa análise.

Não houve mortalidade em decorrência do fechamento e as complicações estão de acordo com outros estudos. Segundo Yamane & col., as complicações decorrentes do fechamento podem ser supuração da parede, fístula estercoral e hérnia incisional¹⁶. Fístula estercoral, a mais temível das complicações, ocorreu em 8% dos pacientes que reestabeleceram o trânsito intestinal. O índice total das complicações do fechamento foi de 20%, com paciente entre a 2ª a 4ª década de vida. Este índice pode ser considerado satisfatório tendo em vista os diferentes problemas dos pacientes relacionados.

VI- CONCLUSÕES

- 1- Perfuração colo-retal e obstrução intestinal são a maioria das indicações para a confecção de uma colostomia.
- 2- As situações que necessitam de uma colostomia são numerosas, por vezes são diagnosticadas ao se visualizar a condição do colo atingido.
- 3- O preparo do colo deve ser feito sempre mecanicamente e com uso de antibióticos para anaeróbios e aeróbios.
- 4- Notamos padronização do preparo do colo, confecção e fechamento das colostomias em nosso meio.
- 5- A morbidade pela colostomia ainda é um problema existente com índice de complicações variáveis.
- 6- A mortalidade pela colostomia em si é baixa.
- 7- O fechamento de uma colostomia, apesar de ser dita de fácil execução, pode desenvolver complicações pós-operatórias indesejáveis como fístulas estercorais.

VII- ABSTRACT

One hundred colostomies performed at the Hospital Florianópolis - INAMPS and Hospital Universitário - UFSC during the year of 1979 and 1988, at Florianópolis - SC.

All data was collected according to a previous designed protocol.

Many diseases led to the making of a colostomy. The main indications were: colo-rectal perforation and intestinal obstruction.

The morbidity rate was twenty seven per cent and the mortality fifteen per cent. The chief complications, among others, were pericostomy dermatitis, prolapse and pericostomy abscess. Complications rate after closure was twenty per cent.

The subject is studied comparing the results with the available literature.

VIII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ASTIZ, J.M; MORBIDELLI, P; DEMARCO, R.O. - El drenaje en la cirugía de colon. Prensa. méd. argent., 68(8): 335-7, 1981.
- 2- BAKONYI, A.N. et al.- Fechamento de colostomia, J.B.M. 47(4):57-62 , 1984.
- 3- BECMEUR, F; SAVA, G; GRENIER, J.F.- Place de la colostomie de protection en chirurgie colo-rectale. J. Chir (Paris)., 124(2): 93-8, 1987.
- 4- FARHAT, J.C. et al. Complicaciones de las colostomias. Prensa. méd. argent., 68(6): 227-30, 1981.
- 5- FONTES, B. et al.- Avaliação radiológica da derivação fecal na colostomia em alça em cirurgia de urgência. Rev. Ass. Méd. Brasil., 30(9/10): 192-4, 1984.
- 6- GOSAIN, A; MARKISON, R.E; SCHECTER, W.P.- Temporary colostomy for trauma. Dis. Colon. Rectum., 30(3): 220-2, 1987.
- 7- GUTIEREZ, P.V. et al.- Evaluacion de la colostomia transversa como desfuncionalizante del colon izquierdo. Prensa. méd. argent., 73(10):433-4, 1986.
- 8- HULKKO, O.A. et al.- The hartmann procedure for the treatment of colorectal emergencies. Acta. Chir. Scand., 152: 531-5, 1986.
- 9- LIMA, I.S; ALMEIDA, E.S.- Colostomias. Rev. Bras. Colo-Proct., 7(4): 149-52, 1987.
- 10- MARIEN, B.- The Hartmann procedure. Can. J. Surg., 30(1): 30-1, 1987.
- 11- MIELI, C.A; PANTOJA, R.S.O; SOUZA, J.A.G.- Traumatismo Ano-reto-cólico. Rev. Ass. Méd. Brasil., 30(5/6): 131-4, 1984.
- 12- NICHOLS, R.L.- Use of prophylactic antibiotics in surgical practice. Am. J. Méd., 70: 686-92, 1981.
- 13- NIEVES, P.M; BAYEH, P; CORZO, E.- Colostomias: Experiencia en el Hos-

- pital Central del IVSS. Centro. Md., 23(79): 215-21, 1984.
- 14- POLLOCK, A.V.- Infection today: Surgical prophylaxis-the emerging picture. Lancet., 30:225-9, 1988.
- 15- ROTHSTEIN, M.S; FAYETTEVILLE, M.D.- Dermatologic considerations of stomatocae. J. Am. Acad. Dermatol., 15(3): 411-32, 1986.
- 16- YAMANE, H. et al. Fechamento de colostomia. Rev. Brasil. Cir., 73(1): 37-42, 1983.

IX- ANEXO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO DE COLO-PROCTOLOGIA

COLOSTOMIAS

NOME: _____

Nº DE REGISTRO: _____

SEXO: MASC.() FEM.()

IDADE: _____

PROFISSÃO: _____

PATOLOGIA BÁSICA: _____

INDICAÇÃO: _____

TIPO DE CIRURGIA: URGÊNCIA ()

ELETIVA ()

PREPARO DO COLO: _____

TIPO DE COLOSTOMIA: EM ALÇA () ☐ MATURAÇÃO PRECOCE ()

☐ MATURAÇÃO TARDIA ()

TERMINAL()

SEGMENTO DO COLO: TRANSVERSO ()

SIGMÓIDE ()

DRENAGEM: SIM () —> PENROSE ()

—> TUBULAR ()

—> OUTROS ()

NÃO ()

PERMANÊNCIA: PERMANENTE ()

TEMPORÁRIA () — TEMPO _____

COMPLICAÇÕES: _____

FECHAMENTO: TÉCNICA — DRENAGEM SUBCUTÂNEA SIM ()

NÃO ()

FIO USADO: _____

COMPLICAÇÕES PÓS: _____

ABSCESSO: SIM () NÃO ()

**TCC
UFSC
CC
0176**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0176

Autor: Gubert, Fernando G

Título: Colostomias : Estudo de 100 cas



972804492

Ac. 253002

Ex.1 UFSC BSCCSM